

ОСОБЛИВОСТІ РОБОТИ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВИХ ХІРУРГІВ КИЄВА ТА РЕГІОНУВ ПЕРІОД ДІЇ ВОЄННОГО СТАНУ

Паливода Р.С. <https://orcid.org/0000-0001-7489-7170>

Канюра О.А. <https://orcid.org/0000-0002-6926-6283>

Копчак А.В. <https://orcid.org/0000-0002-3272-4658>

НМУ імені О.О. Богомольця, Київ, Україна

Актуальність. Щелепно-лицева хірургія, яка відбулася в Україні як окрема юридично визнана спеціальність, щоденно набуває своєї актуальності. Лікування запальних, онкологічних захворювань, вроджених вад розвитку, дефектів та деформацій обличчя торкається обличчя людини, яке має не тільки медичне та естетичне, а й значне соціальне значення в суспільстві. Постає актуальним питання готовності кадрового резерву щелепно-лицевої служби до такого навантаження та сучасних викликів.

Ціль: проаналізувати особливості роботи щелепно-лицевих хірургів м. Києва та Київського регіону у військовий час, та визначити основні проблеми із якими вони стикаються у своїй діяльності в зв'язку із існуючими реаліями та визначити шляхи їх подолання за даними анонімного анкетування.

Матеріали та методи. На платформі GoogleForms зроблено анкету, що стосувалася навчання та підвищення кваліфікації спеціалістів, теоретичних та практичних аспектів лікування вогнепальної та мінно-вибухової травми, а також отримання волонтерської допомоги клінічними базами. У дослідженні прийняли участь 39 лікарів щелепно-лицевого профілю та осіб, що навчаються в м. Києві та Київському регіоні.

Результати. Було визначено, що для отримання актуальної професійної інформації лікарі користуються переглядом вебінарів (69,2%) або читають профільну літературу з питань лікування вогнепальної травми (56,4%). Більше всього (23,1%) опитуваних відчують брак кваліфікації при виконанні вторинних реконструктивних втручань та реабілітації пацієнтів з мінно-вибуховою/вогнепальною травмою. В той же час 61,5% лікарів проводили онлайн-консультації з іноземними колегами з питань лікування, а 48,7% - забезпечували візит іноземних колег до свого відділення.

Висновок. Однозначно важливим моментом є підготовка кваліфікованих кадрових ресурсів в сфері щелепно-лицевої хірургії, особливою умовою розвитку є комунікація вітчизняних фахівців з міжнародною професійною спільнотою.

Ключові слова: анкетування, соціологічне дослідження, щелепно-лицева служба, підготовка спеціалістів, воєнний стан.

Актуальність. Щелепно-лицева хірургія, яка складалася як окрема хірургічна спеціальність у другій половині ХХ століття і є визнаною в усіх розвинених країнах світу, включає лікування запальних, онкологічних захворювань, вроджених вад розвитку, дефектів та деформацій обличчя. Ця патологія має вагомим медичне і соціальне значення, є джерелом вкрай важкої психологічної травми, естетичного і функціонального дефіциту пацієнтів [2, 3, 5, 6].

В Україні зберігається стала тенденція до зростання основних видів захворювань щелепно-лицевої ділянки. З початку бойових дій і проведення антитерористичної операції на Сході України з 2014 року більше 32 % по-

ранень припадали на ділянку голови та шиї, і значна частина з них супроводжувалась утворенням дефектів і деформацій обличчя, що потребують складного багатоетапного лікування[1].

Офіційне визнання щелепно-лицевої хірургії, як окремої медичної (стоматологічної) спеціальності згідно наказу МОЗ України № 884 від 06.05.2021 р. стало результатом багаторічних зусиль лікарів і науковців, що працювали в цій галузі, а також є рефлексією на прагнення професійної спільноти та вивчення вже існуючого досвіду країн ЄС та Північної Америки[1, 7].

Спеціальність, яка щойно оформилась юридично, стикнулася з новими випробовуваннями після повномасштабного вторгнення РФ на

територію України. Потреба у кваліфікованих фахівцях – щелепно-лицевих хірургів та хірургів-стоматологів в зв'язку з цим суттєво збільшилась і в довгостроковій перспективі буде тільки зростати.

Ціль: проаналізувати особливості роботи щелепно-лицевих хірургів м. Києва та Київського регіону у військовий час, та визначити основні проблеми із якими вони стикаються у своїй діяльності в зв'язку із існуючими реаліями та визначити шляхи їх подолання за даними анонімного анкетування.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Групове анкетування проводилося серед цільової аудиторії – фахівців в сфері щелепно-лицевої хірургії за підтримки Українського представництва АО CMFS (АО cranio maxillo facial surgery), Університету м. Хельсінкі (Фінляндія) та Національного медичного університету імені О.О. Богомольця (м. Київ, Україна). До розробки та адаптації змісту анкети були долучені спеціалісти соціологічної групи (кафедра філософії, біоетики та історії медицини, завідувач кафедри – проф. Васильєва І.В.). Було проведено пілотне тестування анкети з відповідною наступною корекцією суті питань. Технічною платформою для розробки анкети став сервіс Google Forms, опитування було анонімним, проводилось в період 16 лютого – 30 березня 2023 року по місту Києву та Київському регіону, не передбачало мотиваційних заохочень зі сторони розробника. Розсилка анкет потенційним респондентам здійснювалася з використанням даних бази персональних електронних адрес кафедри. Всього було надіслано 72 анкети, зібрано 39 комплектів повноцінних відповідей.

Середній час, що витрачався на заповнення анкети учасниками дослідження, склав $17,2 \pm 5,37$ хв.

Анкета вміщувала в собі 65 питань закритого типу, більшість з них – запитання альтернативного вибору, деякі – множинного вибору та відкриті питання, що стосувалися оцінки анкети та побажань. За своїм змістом анкета складається з декількох блоків: перший блок

питань «кваліфікація, компетенція, безперервна освіта респондента» стосовно досвіду респондентів у лікуванні вогнепальної та мінно-вибухової травми, актуальним джерелом отримання інформації в аспекті навчання та підвищення власної кваліфікації, а також отримання волонтерської допомоги клінічним базам, де вони працюють; другий блок «Практичні аспекти в лікуванні мінно-вибухової та вогнепальної травми», присвячений особливостям менеджменту даного виду рани, третій (заключний) блок містив загальні питання про місце роботи, стаж, компетенцію респондентів тощо.

В алгоритм відповіді на питання було закладено декілька шляхів її проходження. Якщо респондент не брав участі у лікуванні поранених з мінно-вибуховою травмою та вогнепаль-



Шановний (-на) колего!

Анкетування проводиться за підтримки Українського представництва АО CMFS, Університету м. Хельсінкі та Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, і спрямоване на визначення основних проблем в роботі щелепно-лицевої служби у військовий час та можливих шляхів їх вирішення.

1. Чи мали Ви досвід лікування мінно-вибухової та/або вогнепальної (кульові поранення) травми щелепно-лицевої ділянки **ДО** повномасштабного вторгнення рф? *

- ☐ 1.1 Так
- ☐ 1.2 Ні [перехід до питання 3]

2. Як би Ви охарактеризували свої професійні навички при лікуванні пацієнтів з мінно-вибуховою/вогнепальною травмою **ДО** повномасштабного вторгнення рф?

- ☐ 2.1 Міг (могла) справитись з будь-яким клінічним випадком самостійно
- ☐ 2.2 З більшістю клінічних випадків міг (могла) справитись самостійно
- ☐ 2.3 В значній частині клінічних випадків потребував (-ла) поради більш досвідчених колег
- ☐ 2.4 В лікуванні цієї категорії хворих потребував (-ла) поради і допомоги більш досвідчених колег
- ☐ 2.5 Важко відповісти

3. Чи мали Ви досвід лікування мінно-вибухової та/або вогнепальної (кульові поранення) травми щелепно-лицевої ділянки **ПІСЛЯ** повномасштабного вторгнення рф? *

Рис. 1. Частина анкети, загальний вигляд

ними пораненнями або не виконував ті чи інші маніпуляції у своїй практиці, то пропускав частину питань з переліку.

Будь яка інформація, що зазначена в анкеті, використовувалася з дослідницькою метою, подавалася в знеособленому та узагальненому вигляді (рис. 1).

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

В опитуванні прийняли участь 39 спеціалістів з фаху «щелепно-лицева хірургія», з яких 26 лікарів щелепно-лицевих відділень (66,6%), 9 науково-педагогічних працівників кафедр закладів вищої освіти (23,1%), а також лікарі-інтерни. Серед опитуваних 16 респондентів (41%) – з клінічним стажем більше 5 років, 13 осіб (33,3%) мали до 5 років клінічного стажу. Серед опитуваних 10 (25,6%) осіб мають науковий ступінь кандидата або доктора медичних наук.

25 лікарів (64,1%) володіли досвідом лікування мінно-вибухової та/або вогнепальної (кульові поранення) травми щелепно-лицевої ділянки ще до 24 лютого 2022 року. Так, за останній рік контингент такого роду пацієнтів

склав в середньому до 20 поранених у 28 опитуваних.

Більшість опитаних, не зважаючи на військовий стан і бойові дії в київському регіоні, не припиняли безперервне навчання. За даними анкетування найбільш важливим джерелом отримання актуальної інформації респондентами слугували вебінари 27 (69,2%) та література з військової хірургії 22 (56,4%) (Рис. 2).

Серед озвучених раніше джерел потенційно корисної практичної інформації, найбільш популярними опитувані вважали такі (Рис. 3)

В той же час 38,5% опитуваних на питання «Як би Ви охарактеризували свої професійні навички при лікуванні пацієнтів з мінно-вибуховою/вогнепальною травмою до повномасштабного вторгнення рф?» стверджували, що можуть справитися з усіма або більшістю клінічних випадків самостійно, а 56,4% респондентів зазначили, що в лікуванні хворих з вогнепальними пораненнями потребують поради і допомоги більш досвідченіших колег.

При вивченні рівня фаховості та практичної компетентності спеціалістів вдалося дослідити, що 23,1% опитуваних відчували брак кваліфікації при виконанні вторинних рекон-

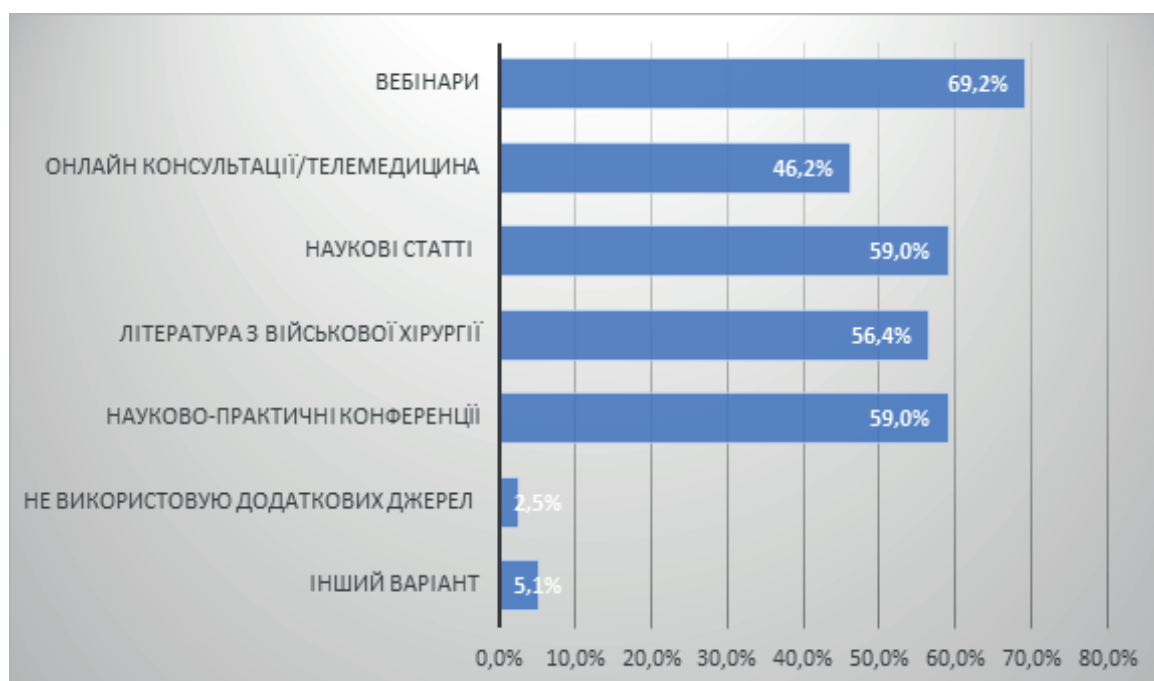


Рис. 2. Розподіл відповідей на запитання «Які додаткові джерела інформації про лікування пацієнтів з мінно-вибуховою/вогнепальною травмою ви використовували?» (множинний вибір)

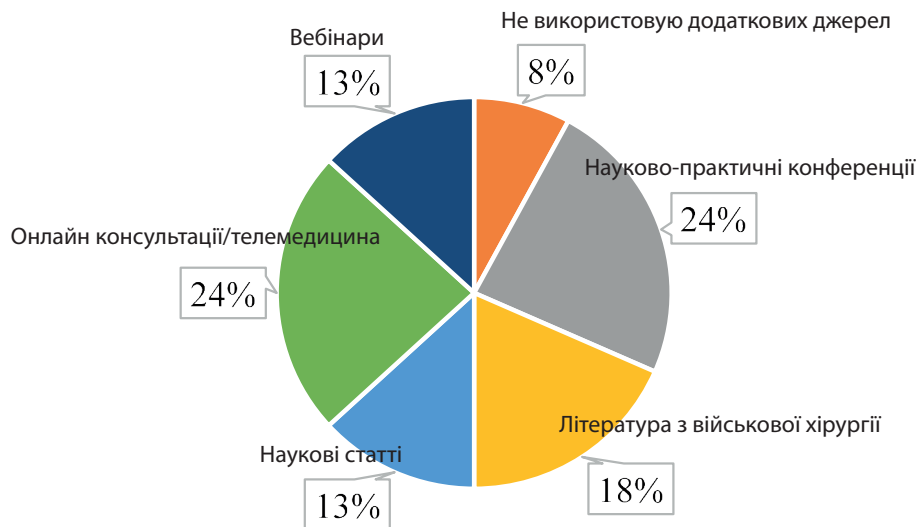


Рис. 3. Найбільш «популярні» джерела теоретичної інформації серед лікарів щелепно-лицевого профілю (питання передбачало один варіант відповіді)

структивних втручань та реабілітації пацієнтів з мінно-вибуховою/вогнепальною травмою, 17,9% респондентів мали достатню кваліфікацію під час боротьби з післяопераційними ускладненнями та при наданні невідкладної допомоги, відповідно; 10,3% лікарів вважають своїм «слабким місцем» виконання первинного оперативного втручання. Під браком кваліфікації ми розуміли явища страху, ступору та дезорієнтації в прийнятті рішень або виконанні тієї чи іншої практичної навички.

Є важливим той факт, що шлях міжнародної, зокрема європейської, інтеграції вітчизняної професійної спільноти щелепно-лицевих хірургів розпочала ще на початку здобуття своєї незалежності, у далекому 1992 році. На сьогодні спеціалісти фаху є членами авторитетних професійних об'єднань та спільнот, таких як EACMF, IAOMS, AO; постійними учасниками щорічних конгресів та майстер-класів. А тому підтримка міжнародної спільноти особливо в період активних бойових дій, є свідченням цієї роботи та гарантованою опорою в цей непростий час.

Так, серед опитуваних 61,5% проводили онлайн-консультації з іноземними колегами в контексті лікування пацієнтів з мінно-вибуховою/вогнепальною травмами, 48,7% респондентів запрошували іноземних колег до

спільних оперативних втручань, 33,3 % опитаних забезпечували трансфер пацієнта для подальшого етапного лікування у закладах охорони здоров'я за кордоном. Як ми бачимо, не лише «цифровізація» освітнього процесу, а і лікування пацієнтів із використанням засобів дистанційного зв'язку було і залишається популярним способом комунікації.

З перших днів повномасштабної війни щелепно-лицеві хірурги відчували підтримку закордонних колег, що полягала не тільки у спільних консультаціях та консилиумах, а і гуманітарних місіях з надання витратних матеріалів, інструментарію, обладнання тощо.

За даними опитування 84,6% лікарів отримували такий варіант підтримки, при чому 86,5% були забезпечені її об'ємами частково або повністю. Варто зазначити, що така взаємодія здійснювалась не лише на рівні професійних організацій, асоціацій чи клубів, а і персональних дружніх контактів.

Якісне надання високоспеціалізованої медичної допомоги можливе в тому числі за наявності відповідних ресурсів. Так, 76,9% опитуваних відмічали недостатність витратних матеріалів при виконанні оперативних втручань пацієнтів з мінно-вибуховою та вогнепальною травмами, 53,8% - недостатність інструментарію, 64,1% - недостатність медика-

ментозних засобів, 41% - нестачу середнього та молодшого медичного персоналу, 35,8% скаржились ще і на нестачу їх кваліфікацію.

Серед лікарів рівень кваліфікації теж займає не останнє місце. Можливість теоретичної підготовки – з одного боку, з іншого – нагода відпрацювати ці навички в клініці та отримати певний мануальний досвід. Ми взяли за «точку відліку» найбільш розповсюджену маніпуляцію «остеосинтез», що має здійснювати кожен щелепно-лицевий хірург. Серед опитуваних нами отримано наступні дані: 97,4% мали досвід проведення таких операцій. Серед них визначали градацію рівнів: експертний рівень свідчив про досвід виконання відкритої репозиції та внутрішньої фіксації кісткових уламків будь-якої категорії складності та анатомічної локалізації, середній рівень – це виконання остеосинтезу під прямим доступом, із застосуванням фіксаторів простої конфігурації, і базові навички – це в більшій мірі самостійне виконання даної процедури, але під консультуванням/асистенцією старшого товариша (ментора, колеги) (рис. 4).

Стандартних протоколів AO/OMF, SORG в лікувальні вогнепальної травми завжди дотримувались лише 79,5%, інші 20,5% імпро-

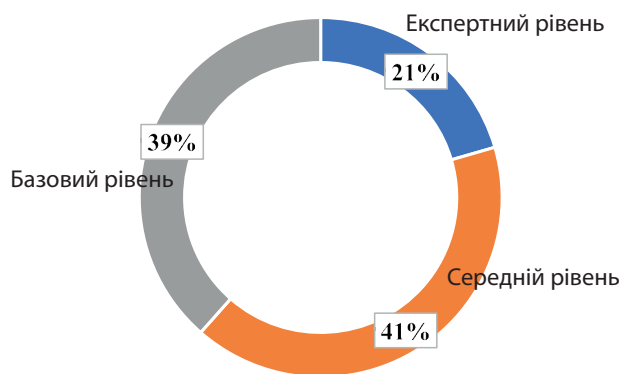


Рис. 4. Рівень практичної навички виконання остеосинтезу у пацієнтів з мінно-вибуховою та вогнепальною травмами

візували, базуючись на власному досвіді та індивідуальності (унікальності) клінічного випадку, не в останню чергу через брак матеріально-технічного забезпечення та організаційних можливостей.

Також через опитування визначили активність проведення інших варіантів реконструктивних маніпуляцій, зокрема мікрохірургічні втручання та використання CAD/CAM технологій у повсякденній рутинній хірургії (рис. 5).

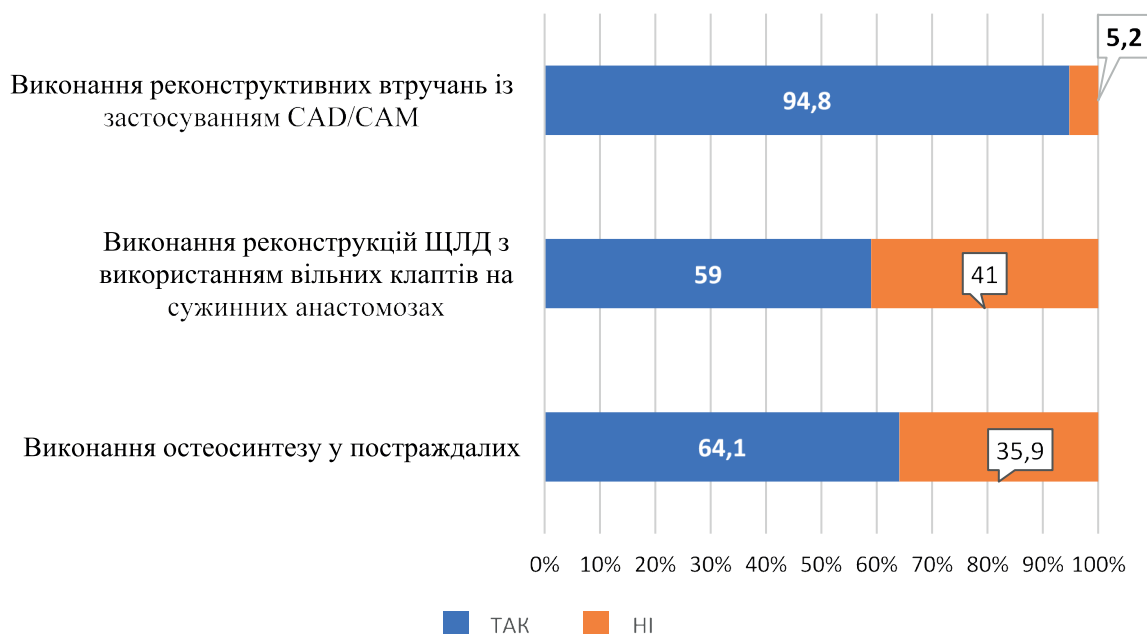


Рис. 5. Виконання етапів хірургічного лікування щелепно-лицевими хірургами у пацієнтів з мінно-вибуховою травмою та вогнепальними пораненнями

Залишається очевидним той факт, що активні бойові дії, що сколихнули нашу країну, залишили свій відбиток на кожному аспекті нашого життя. За даними загальнонаціонального дослідження (соціологічна група «Рейтинг») лише третина українців працює в звичному режимі, кожен п'ятий – віддалено або частково. Проблема не лише лежить в економічній площині. Робота – це і звичний спосіб життя, індивідуального здоров'я, спілкування та взаємодія з іншими, структурованість часу, те, що психологічно стабілізує, надає впевненості, знижує тривогу і підвищує самооцінку [9].

Внаслідок внутрішньої міграції та виїзду за кордон частини українців, на фоні напружених подій, що вплинули на стан загальної психології суспільства, змінилася і частота появи тих чи інших нозологій. Достовірно збільшилась частота травм щелепно-лицевої ділянки, так вважає 51,3% опитуваних, кількість пацієнтів з онкологічними процесами та гнійно-інфекційними захворюваннями в кількісному плані не змінилося, а от кількість планових госпіталізацій знизилась у 46,2% респондентів, що теж цілком закономірно.

І хоча переважна більшість щелепно-лицевих хірургів продовжують виконувати складні оперативні втручання, базуючись на стандартних міжнародних протоколах, при оперативному лікуванні поранених з вогнепальною та мінно-вибуховою травмою тактика первинного хірургічного втручання відрізнялася: 46,2% лікарів проводили тільки збереження вітальних функцій, іммобілізація щелеп, ПХО ран, 43,6% - акцентували на максимальній реконструкції з ушиванням рани.

В цьому сенсі грає роль не лише забезпечення щелепно-лицевих відділень розхідними матеріалами та обладнанням, а і рівень кваліфікації спеціалістів цього фаху. Маємо зазначити, що відповіді на питання анкети не лишені суб'єктивності в точці зору респондентів, проте лишаємося на думці, що саме підготовка кадрового потенціалу щелепно-лицевої служби є пріоритетною.

Фактори, що, на нашу думку, впливають на розвиток та сприяють стагнації спеціальності:

1. Низький рівень комунікації та стратегії подальшого розвитку лікарів периферії з ведучими спеціалістами країни.
2. Відсутність справедливого відбору лікарів (який має включати аналіз рівня практичних навичок та теоретичних знань), селекції, які можуть (або повинні навчатися) у провідних спеціалістів країни (не кажучи вже про західних спеціалістів), з подальшим розвитком та впровадженням сучасних методик в периферійних обласних центрах.
3. Відсутність ротації лікарів периферії та центральних інституцій.
4. Відсутність «реорганізації» освіти та праці щелепно-лицевих хірургів в умовах воєнного часу (загальної мобілізації).
5. Неможливість методичного відвідування міжнародних конференцій та практичних семінарів, почергове налагодження стажування за кордоном.
6. Відсутність централізованої ротації лікарів в прифронтові шпиталі та міста.
7. «Централізована урбанізація» спеціалістів у великі міста, що призведе в майбутньому до нівелювання такої спеціальності у периферійних обласних центрах.

Фактори «негативного» соціального впливу у майбутньому, що в тій чи іншій мірі пов'язані з трендом розвитку фаху «щелепно-лицева хірургія»:

1. Зростання рівня побутових, вуличних, травм щелепно-лицевої ділянки, травм внаслідок ДТП, політравми на фоні маскулінності та агресії окремих соціальних категорій, відсутності превентивної політики держави на цей рахунок.
2. «Актуальність» мінно-вибухової травми (існує думка, що на один день мінування припадатиме 3 дні розмінування, тобто тривалий процес, який за окремими оцінками може сягати 7-10 років; часткова відсутність карт мінних полів)
3. Стан стоматологічної санації однозначно не покращиться (не кажучи про кваліфіковане лікування населення), зокрема в районних центрах. Як наслідок, кількість пацієнтів з гнійно-запальними одонтогенними

процесами, з високою вірогідністю, не буде зменшуватись, а то і зростати.

4. Зростання частоти онкологічних захворювань
5. Позитивний приріст народжуваності, що (за законом великих чисел) однозначно сформує потребу в кваліфікованій дитячій реконструктивній та пластичній хірургії.

ВИСНОВКИ

1. Стратегічно в умовах воєнного стану та повоєнної відбудови країни в майбутньому є забезпечення стабільної підготовки кваліфікованих кадрових ресурсів в сфері щелепно-лицевої хірургії.
2. Взаємодія із міжнародними фаховими асоціаціями та залучення закордонних спеці-

алістів, зокрема в освітньо-науковому та клінічному аспекті, є важливим чинником подолання проблем і викликів із якими стикається спеціальність в умовах повномасштабного військового конфлікту.

3. Етапність надання допомоги поранених з мінно-вибуховою та вогнепальною травмами має бути чіткою, послідовною та структурованою на основі раціонального розподілу наявних матеріально-технічних та професійних ресурсів.

Конфлікт інтересів. Автори рукопису стверджують, що конфлікт інтересів під час виконання дослідження та написання рукопису відсутній.

Джерела фінансування. Дослідження було виконано без зовнішнього фінансування.

REFERENCES

1. Tymofieiev O., Ushko N., Fesenko I., Cherniak O. Maxillofacial Surgery Specialization in Ukraine: A New Order and Step in the Growth of the Specialty: Analysis of Qualification Categories / Journal of Diagnostics and Treatment of Oral and Maxillofacial Pathology. DOI 10.23999/j.dtomp.2021.4.3
2. JAMES R. HUPP. The Future of Oral-Maxillofacial Surgery – One Person's Perspective. J Oral Maxillofac Surg 2021
3. Lauren D. La Porta. Occupational Stress in Oral and Maxillofacial Surgeons: Tendencies, Traits, and Triggers. Oral Maxillofac Surg Clin N Am 22 (2010). DOI:10.1016/j.coms.2010.07.006
4. De Novo Practice of Oral and Maxillofacial Surgery. K. Bonanthaya et al. / Oral and Maxillofacial Surgery for the Clinician. DOI: 10.1007/978-981-15-1346-6_43
5. Samman N. The modern specialty of oral and maxillofacial surgery. 2009. Dental Bulletin, The Hong Kong Times
6. Laskin DM. The past, present, and future of oral and maxillofacial surgery. J Oral Maxillofac Surg. 2008.
7. EACMF, 1970-2020: 50 years book anniversary (2022). European Association for Cranio Maxillofacial Surgery. Santander, Cantabria (Spain) : Graficas Copisan.
8. Grokhotov, V. A., Orlova, N. M., Kaniura, A. A., & Blagaia, A. V. (2023). ON ISSUE OF HIGH-QUALITY STOMATOLOGICAL SERVICE IN UKRAINE. Wiadomosci Lekarskie (Warsaw, Poland : 1960). DOI:10.36740/WLek202301110
9. "Refugees fleeing Ukraine (since 24 February 2022)". UNHCR. 2022. Archived from the original on 10 March 2022. Retrieved 3 October 2022.

THE WORK'S FEATURES OF MAXILLO-FACIAL SURGEONS OF KYIV AND REGION DURING THE MARTIAL LAW

Palyvoda R., Kaniura O., Kopchak A.

Bogomolets national medical university, Kyiv, Ukraine

Background. Maxillofacial surgery, which took place in Ukraine as a separate legally recognized specialty, daily acquires its relevance. Treatment of inflammatory, oncological diseases, congenital malformations, defects and deformities of the face touches the person's face, which has not only medical and aesthetic, but also social significance in society. The question arises of the readiness of the personnel reserve for such a load and modern challenges.

Aim: to analyze the peculiarities of the work of maxillofacial surgeons in Kyiv and the Kyiv region during wartime, and to identify the main problems they face in their work in connection with the existing realities and to determine ways to overcome them based on the data of an anonymous questionnaire. We have developed a questionnaire on the GoogleForm platform, concerning training and advanced training of specialists, theoretical and practical aspects of the treatment of gunshot and mine-explosive trauma, as well as receiving volunteer assistance to clinical hospitals. The study involved 39 doctors of the maxillofacial profile. У дослідженні прийняли участь 39 maxillo-facial surgeons and trainee from Kyiv city and Kyiv region.

Materials and methods. It was determined that doctors watched webinars (69,2%) or read specialized literature on the treatment of gunshot trauma (56,4%). for up-to-date professional information. Most (23.1%) of respondents experience a lack of qualifications when performing secondary reconstructive interventions and rehabilitation of patients with mine-explosive/gunshot. At the same time, 61.5% of doctors conducted online consultations with foreign colleagues, 48.7% - ensured the visit of foreign colleagues to their department.

Conclusion. Definitely important point is the preparation of qualified human resources in the field of maxillo-facial surgery, a special condition for development is the communication of domestic specialists with international professional community.

Key words: questionnaire, social survey, maxillo-facial surgery, training of specialists, martial law.